Sulechów, ……………………………

 …………………………………………………….

Imię i nazwisko

……………………………………………………..

……………………………………………………..

Adres

 **Burmistrz Sulechowa**

**OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ OSOBY UPRAWNIONEJ DO KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że:[[1]](#footnote-1)\*

1) średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny w ciągu ostatnich 3 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc złożenia wniosku wynosi poniżej połowy minimalnego wynagrodzenia brutto ustalonego na dzień, w którym składany jest wniosek,

2) średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny w ciągu ostatnich 3 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc złożenia wniosku wynosi poniżej minimalnego wynagrodzenia ustalonego na dzień, w którym składany jest wniosek,

3) średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny w ciągu ostatnich 3 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc złożenia wniosku wynosi powyżej minimalnego wynagrodzenia ustalonego na dzień, w którym składany jest wniosek.

 ………………………………………………………..

 (data i czytelny podpis)

1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)